Przyczynek do nauki o ropieniach śródpiersia tylnego i ich leczeniu *(mediastinitis postica)*.

Podał

Prymaryusz Dr. Ziembicki.

Podług wykładów mianych na VII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 25. Lipca 1894 roku i w Towarzystwie chirurgów w Paryżu 13. Marca 1895 roku).

Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie przedstawiłem jako wyleczoną kobietę dotkniętą poprzednio ropieniem śródpiersia. Katastrofa niespodziewana, którą się zakończył w miesiąc później ten chirurgiczny dramat, dała mi dużo do myślenia, zmieniła poniekąd poglądy, jakie przedstawiłem Zjazdowi a wykonana przez prosektora Dra Krokiewicza sekcya uzupełniła i oświeciła do tego stopnia rzecz całą, że nie wahałem się wykład ten już znacznie obszerniejszy i przeistoczony ponowić 13. Marca 1895. w Paryżu wobec Tow. chirurgicznego, w pamiętniku, który niebawem wyjdzie drukiem.

Mimo żywego zainteresowania się moich kolegów francuskich, nie byłbym prawdopodobnie zdobył się na przekład w języku polskim, gdyby nie mylne sprawozdanie, jakie o tem zdarzeniu zamieścił w skróceniu *Przegląd lekarski* w Nr. 15. z r. 1895. str. 228. Wynika bowiem z niego, że na chorej T. Majewskiej otworzyłem śródpiersie metodą Nasiłowa, gdy przeciwnie oświadczyłem z naciskiem, że chociaż

miałem ten zamiar, jednak metody tak zwane konserwatywne wystarczyły. Aby więc nie wprowadzić do literatury dość grubej pomyłki, postanowiłem wykład w całości ogłosić także w *Przeglądzie lekarskim*.

Panowie!

Zabierając głos w sprawie ropni śródpiersia, nie łudzę się nadzieją, abym ciemny ten punkt chirurgii współczesnej na jasne i pewne już zwrócił pole. Nie przynoszę rozstrzygających danych, ale chcę skierować uwagę Kolegów na sprawę patologiczną dość rzadką, chociaż odnośnych rozdziałów nie brak w żadnym z podręczników niemieckich lub francuskich, jakiemi rozporządzamy. Organ Tow. chirurgów paryskich, z ostatnich lat tak ruchliwy i bogaty, nie zawiera ani jednego opisu podobnego przypadku, z wyjątkiem teoretycznej pracy Quenu i Hartmanna, ja sam zaś rozporządzający niezmiernie bogatym materyałem, obserwowałem w przeciągu 12 lat tylko trzech chorych, dotkniętych tą ciężką chorobą.

I rzeczywiście, jak to słusznie przytaczają Tillmanns i Koenig, rokowanie jest niezmiernie groźne a metody leczenia nie wystarczające i nie stojące wcale na wysokości dzisiejszych postępów chirurgii.

Przedewszystkiem oświadczam na wstępie, że w wykładzie dzisiejszym ograniczę się tylko do ropni śródpiersia tylnego, biorąc za podstawę dawno przyjęty w anatomii topograficznej podział śródpiersia na przedni i tylny. Dzisiejsi niemieccy anatomowie nie uznają tego podziału i opisują tylko jedno śródpiersie. Myśl ta może słuszna, ale nie pod względem klinicznym, gdyż klinika zupełnie potwierdza dawny podział anatomiczny. I w rzeczy samej, jeśli ropień powstający w tak zwanym *spatium praeviscerale* Henkego będzie się posuwał ku dołowi, to powięź środkowa szyjna musi skierować go na boki lub ku tylnej ścianie trzonka kości mostkowej *(manubrium sterni)*. Będziemy też w stanie cięciem międzyżebrowem lub trepanacyą ropień taki otworzyć. Podobnie rzecz się ma po wyjęciu wielkich wolów głęboko sięgających poza mostek, jeśli nie zdołaliśmy zapobiedz ropieniu tej kryjówki.

Zapalenia tkanki łącznej śródpiersia przedniego mają więc swoistą cechę i dodać muszę, przedstawiają o wiele mniej niebezpieczeństwa. Inaczej rzecz się ma, gdy chodzi o ropienie śródpiersia tylnego. Jeśli zapalenie miało źródło swe na szyi, w tak zwanym *spatium retroviscerale* Henkego, wtedy posuwać się będzie z góry na dół poza tylną powięzią wzdłuż tkanki łącznej przedkręgowej i przełykowej i może spuścić się aż do przepony a nawet i dalej.

Na mocy tych przykładów mamy prawo odróżniać kliniczne sprawy zapalne śródpiersia tylnego i przedniego, chociaż przyznać trzeba, że w dalszych stadyach choroby rozdział taki już się przeprowadzić nie da i jak to niedawno widziałem, sprawa sięgała od tylnej ściany mostka aż do kręgosłupa (*panmediastinitis*).

Przystępuję teraz do opisania szczególnego przypadku, który ma służyć za podstawę mojego wykładu.

Dnia 17. Maja 1894. przyjętą została wieczorem do oddziału chirurgicznego szpitala lwowskiego T. Majewska, stróżka, licząca lat 31. Jedząc rano tego samego dnia kaszę, uczuła przy połykaniu pewien ból a gdy bolesność po upływie kilku godzin nie zmniejszała się, udała się na stacyę ratunkową. Zbadano ją i kilka razy zapuszczono sondę przełykową. W tej chwili zdawało się pacyentce, że „głęboko w gardle coś się rozdarło“. Ból się wzmógł, chora podążyła do szpitala. Nazajutrz rano asystent stwierdził pewną trudność w połykaniu, ciągłe nudności, trochę kaszlu i chrypkę. Badanie zewnętrzne i badanie przełyku niebolesne. Wynik wziernikowania ujemny. Gorączka: 37·3, stan ogólny, dobry.

Gdy powróciłem z kilkudniowej podróży, zastałem chorą znacznie gorzej się mającą i uderzyły mię, prócz wyżej opisanych, następujące trzy główne objawy:

1) Silna gorączka, podnosząca się wieczorem.

Temperatura . . $39._2$ — $39._3$ — $40._0$ — $40._1$ (21. Maja)
Puls . . . . . 90 — 115;

2) Wstrętne cuchnienie z ust;

3) Osobliwy kształt i osobliwa konfiguracya szyi, która nie przedstawia nigdzie obrzęku ograniczonego lub dającego się podejrzywać ogniska.

Obraz nie podobny do tego, który widujemy przy *angina Ludwigii* lub przy ropniach ostrych, pochodzących od gruczołów (*adenophlegmone*), nigdzie zlokalizowanej bolesności lub częściowego *oedema*, skóra nie zaczerwieniona, ale cała szyja widocznie w swym obwodzie powiększona, fałdy wypełnione (obrzęk *en masse*). Wziernik wykazuje znaczne zaczerwienienie tylnej ściany przełyku i wyższych części krtani. Badanie palcem jest bolesne, ale na przedniej ścianie kręgów nigdzie nie można wykazać chełbotania. Objawy przedmiotowe: kaszel, chrypka, dławienie, *dyspnoë*.

Rozpoznaję:

Phlegmone septica praevertebralis colli probabiliter e corpore alieno et perforatione pharyngis et oesophagi orta.

Natychmiast przystępuję do operacyi 21. Maja rano. Cięcie prowadzę, jak przy ezofagotomii zewnętrznej po lewej stronie. Zaledwie otworzyłem sondą głęboką powięź szyjną i t. zw. *spatium retroviscerale* Henkego, natychmiast buchnął obfity strumień ropy niezmiernie cuchnącej, która później badana wykazała obecność pneumokoków Friedlaendera i gronkowców białych.

Posuwając się w poprzek i wzdłuż przełyku, dotarłem aż do przedniej ściany kręgów lekko obnażonych a w głębi wielkiej jamy udało mi się namacać ciało obce i wydobyć je za pomocą kleszczy zakrzywionych, długich. Była to kość płaska, trójgraniasta, podobna zupełnie do ostrza uretrotomu Maisonneuva. Badanie dalsze przekonało mię, że nie można dojść palcem do dna tego ropnia, który sięga głęboko w śródpiersie tylne i za pomocą odpowiedniej sondy obliczyłem, że jama wynosi jeszcze około 12 do 13 cm. od górnego otworu klatki piersiowej do spodu. Następnie oczyszczam pole operacyjne, tamponuję lekko gazą, maczaną w glicerynie jodoformowej i rokuję jak najgorzej.

W przeciągu dni następnych gorączka opada do 38^{0}, ale zawsze podwyższa się wieczorami. W tydzień po operacyi ciepłomierz wykazuje jeszcze 39^{0}. Odpływ ropy widocznie nie wystarczający.

Przyszła mi wtedy myśl ułożenia chorej w pozycyi Trendelenburga, z długim drenem, którego jeden koniec głęboko leżał w śródpiersiu, drugi zaś zatopiony był w naczyniu napełnionem rozczynem sublimatu.

Od tej chwili odpływ ropy ułatwił się znacznie, polepszenie widoczne z każdym dniem, gorączka opada: waha się od 36·7 do 37·5^0 w czasie od 27. Maja do 14. Czerwca.

Ale chora, mimo przerw kilkugodzinnych, nie może już znosić ułożenia niskiego głowy i dostaje uderzeń krwi i zawrotów; stan jednak polepsza się znakomicie.

Dnia 15. Czerwca raptem gorączka idzie w górę do 39·5^0. Nowe powikłanie: *Otitis media sinistra*. Ropienie z śródpiersia większe.

Stósuję dren-lewar (Bülau), który tak znakomite oddaje usługi przy leczeniu wypocin ropnych opłucnej. Z głębi śródpiersia, przebijając opatrunek, dren wpuszczony do flaszki, napełnionej sublimatem; flaszka zaś przywiązana do paska pacyentki, znajduje się znacznie niżej, niż poziom śródpiersia. Akcya lewaru jest ciągłą, chora chodzi z tym aparatem a ilość wydzielanej dziennie ropy wynosi do 150 gramów. Gdy chora leży, stósownie niskie ustawienie flaszki, zapewnia także dobry odpływ i regularne działanie przyrządu. Skutek był rychły. Temperatura spadła wkrótce poniżej normalnej, rana zaczęła się zwężać i pokrywać granulacyami, chorej zaś z każdym dniem przybywało sił i ciała.

Zresztą przez cały czas pobytu chorej w szpitalu, karmiono ją za pomocą sondy trzy razy na dzień.

W tych okolicznościach wydzielina ropna zmniejszała się znacznie, pacyentka chodziła jeszcze z swoją flaszką, ale zaczęto powoli dren skracać, aż nareszcie 14. Lipca uznano za stósowne dren usunąć zupełnie.

Z długiej, zewnętrznej rany, została wkrótce mała przetoka, przez którą sączyło się trochę śluzu skąpo z ropą zmieszanego, lub parę kropel wody, jeżeli dla próby dozwalano pacyentce napić się bez sondy.

W takim to pomyślnym stanie wyzdrowienia przyszła T. Majewska, robiąc kilometer drogi piechotą ze szpitala do sali obrad VI. Zjazdów chirurgów polskich we Lwowie, dnia 24. Lipca 1894.

Wynik zdawał się świetny i prawie bezprzykładny. Cieszyłem się nim tem bardziej, że w chwilach pogorszenia i niebezpieczeństwa kilkakrotnie miałem zamiar otwarcia śródpiersia tylnego i pracowałem w prosektoryum nad wykształceniem odpowiedniej w takich razach metody operacyjnej, nie wiedząc podówczas, że ją w całej pełni ogłosił już był przed laty prof. Nasiłow.

Zwierzałem się z tą myślą prof. Rydygierowi i podówczas często przebywającemu w moim oddziale i korzystającemu z mojej gościnności Drowi Barączowi. Świadomość więc, że dzięki metodom zachowawczym, udało mi się wyratować chorą i nie narazić jej na zabieg operacyjny, niezmiernie poważny, ale kuszący przez swoją nowość, napełniała mię dumą; tryumf niestety był krótkotrwały a przebudzenie się z tego pięknego snu straszne.

Chora czując się coraz lepiej, zażądała stanowczo, aby ją odesłano do domu. Mimo przedstawień opuściła szpital 26. Lipca, obiecała jednak, że codzień pokazywać mi się będzie. Asystent zaś mój Dr. Bardach podjął się sumiennej lecz ciężkiej usługi, dochodzenia do niej dwa razy na dzień, celem żywienia chorej za pomocą sondy. Każdy inny sposób żywienia był chorej surowo wzbroniony, gdyż połykana woda jeszcze kroplami wydobywała się przez małą przetokę wielkości głowy od szpilki.

To czego się obawiałem, stało się. Po kilku dniach chora przestała przychodzić do kancelaryi i kilkakrotnie jadła lub piła, nie czekając na lekarza.

Wreszcie 10. Sierpnia wróciła do szpitala, ale jasnem było natychmiast, że już nic jej uratować nie mogło. Stan gorączkowy, wejrzenie ogólne i miejscowe septyczne. Brzegi rany rozwarte częściowo, obłożone, obrzękłe. Wydzielina cuchnąca, kaszel uporczywy, oddech także cuchnący. Za późno

było już, aby uciekać się do operacyi Nasiłowa, na którą znękana chora i zgodzić się nie chciała.

Wreszcie 17. Sierpnia nastąpiła śmierć, właśnie w trzy miesiące po pierwszem wstąpieniu na oddział, po długich tygodniach tak zupełnej poprawy, że ostateczne wyleczenie musiałem uważać za niewątpliwe.

Katastrofa ta Panowie, wywołała naukę pierwszorzędnej wagi, którą należało wyzyskać w pełni.

Była to jedyna wyjątkowo sposobność wypróbowania nie *in anima vili* ale *post mortem* metody operacyjnej teoretycznie i technicznie doskonale obmyślanej i proponowanej przez prof. Nasiłowa, celem dostania się do tylnego śródpiersia.

Pracę swoją ogłosił Nasiłow we *Wraczu*, w roku 1888. Nr. 25. Jest ona bardzo szczegółowa i zupełnie wyczerpująca.

Chirurdzy francuscy Quénn i Hartmann, o d w o ł u j ą c s i ę n a n i ą, przedstawili równie memoryał w tej kwestyi w Towarzystwie chirurgów paryskich, 4. Lutego 1891. a więc w trzy lata później.

Z porównania obydwóch prac wynika, że prawie żadnej nie przedstawiają różnicy zasadniczej a jak poniżej wykażę, reguła postawiona przez autorów francuskich, aby zawsze na lewo cięcie prowadzić, nie jest dostatecznie uzasadniona.

Cała więc zasługa i zaszczyt trafnego i śmiałego pomysłu spada na prof. Nasiłowa, oprócz niewątpliwych praw pierwszeństwa.

Z stanowczością iście godną lepszej sprawy, w autoreferacie zamieszczonym w *Przeglądzie lekarskim* Nr. 15. b. r., twierdzi Dr. Barącz, że Quénn i Hartmann ulepszyli metodę i rozszerzyli jej zakres nietylko do leczenia ropni, ale także wklinowanych ciał obcych, ograniczonych nowotworów *(carcinoma oesophagi)* i zwężeń innej natury.

Wszystkie te wskazania podał już Nasiłow i operacyę raka części piersiowej przełyku opisał jak najdokładniej *(resectio oesophagi endothoracica)*. I w tym więc względzie pomysły chirurga rosyjskiego wyprzedziły wskazania chirur-

gów francuskich, których zabieg różni się tylko małą odmianą nacięcia skóry (*incision linéaire*) i wynikającem z tego traktowaniem warstwy mięśni.

Aby dojść do tego przekonania, wystarcza porównać obydwie prace w oryginale ale godzi się nasamprzód zadać sobie ten trud.

Technika samej operacyi w skróceniu jest następująca:

1) Cięcie płatowe (Nasiłow) lub proste (Quénn) od żebra 2. do 5. lub 6., równoległe do tylnego brzegu łopatki i do kręgosłupa, odstępując od tegoż na szerokość dłoni (4 palce) drążące aż do kości.

2) Resekcya podokostnowa 3 lub 4 żeber, na zewnątrz muszkułu *sacrolumbalis*.

3) Odlepianie i oddzielanie ostrożne opłucnej za pomocą palców od wewnętrznej powierzchni żeber, w kierunku do śródpiersia. Oddzielanie to u człowieka normalnego jest bardzo łatwem, dzięki dobrze rozwiniętej podopłucnowej luźnej tkance łącznej. Przekonałem się o tej okoliczności przytoczonej przez Nasiłowa, przy wszystkich moich ćwiczeniach w prosektoryum.

Czytelnicy znajdą bliższe szczegóły techniczne w wyż przytoczonych pracach.

Nadmienić jednak muszę, że Nasiłow poleca wykonać resekcyę żeber po lewej stronie i tędy torować sobie drogę do śródpiersia, aby się dostać do górnego odcinka przełyku piersiowego; dolny zaś odcinek ma być dostępniejszy za pomocą resekcyi żeber prawej strony.

Quénn i Hartmann polecają zaś zawsze stronę lewą, ponieważ zgodnie z twierdzeniem Braunego, opłucna zagłębiając się po prawej stronie pomiędzy kręgosłup a przełyk, utrudnia drogę operatorowi.

Mojem zdaniem rzecz jest zupełnie względną i przedewszystkiem liczyć się potrzeba z kierunkiem, w którym rozwija się sprawa patologiczna, reguła zaś bezwzględna Dra Quénn i Hartmanna jest piękną w teoryi, ale nie w praktyce.

Przystępując zatem do operacyi na trupie Tekli Majewskiej, postanowiłem prowadzić cięcie na prawo tak, jak miałem zamiar wykonać za życia a to z tej prostej przyczyny, ponieważ kilkakrotne badanie palcem i sondą upewniły mię, że jama ropnia przebiegała nietylko wzdłuż ściany przedniej stosu pacierzowego, ale także wzdłuż ściany bocznej prawej. Loicznem więc było przypuszczenie, że ropa odbyć musiała część drogi naprzeciw ręki pracującej nad odlepieniem opłucny, czyli innemi słowy, że najkrótszą drogą do celu, prowadziło cięcie po stronie prawej.

Po odsłonięciu opłucny, zacząłem odlepianie w kierunku śródpiersia, z największą starannością. Zabieg ten, tak łatwy na trupie zwykłym, przedstawił w tym przypadku największe trudności i mimo wielkiej uwagi, w dwóch czy trzech miejscach przedziurawiłem worek opłucny. W krótce jednak doszedłem do jamy ropnia śródpiersiowego i napotkałem dren łączący ją z raną na szyi.

Z tego wynika, że u osoby dotkniętej ropieniem śródpiersia, w stadyum późniejszem jest prawie niepodobnem wykonać odlepienia opłucnej ściennej, bez jej przerwania.

Niestety nie jesteśmy w stanie oznaczyć, w jakim okresie stanu zapalnego, po wielu dniach lub tygodniach, grozić nam może podobny przypadek podczas operacyi.

Wynik sekcyi. Prosektor szpitala Dr. Krokiewicz znalazł zmiany następujące:

1) Ogólny obraz posocznicy. (Serce, nerki, śledziona, wątroba).

2) Przedziurawienie ścian tylnej i bocznej lewej przełyku, tuż poniżej granicy połyku. Otwór patologiczny, już za życia rozpoznany, miał centymetr średnicy.

3) Ognisko ropne, zawierające około 40 cm.^{3} treści ropnej, szyjnej i piersiowej. Nadżarcie głębokie kilku kręgów. Ognisko w śródpiersiu ma 12 cm. długości a 6 cm. szerokości i obnaża w znacznej części prawą ścianę kręgosłupa.

4) Wysięk ropny w prawej opłucnej (100 cm.^{3} płynu).

5) Gangrena wielkości jaja kurzego, w prawem płucu. Zrosty znaczne między żebrami górnemi a opłucną.

Zmiany te wywołane zostały wskutek długotrwałego ropienia w najbliższem sąsiedztwie a może także wskutek dostania się okruszyn pokarmu do płuc, gdy chora żywiła się bez sondy. *(Schluckpneumonie).*

Starałem się Panom przedstawić wierny obraz dramatu chirurgicznego, którego przebieg śledziłem przez całe trzy miesiące.

Żałuję, że w odpowiedniej chwili nie umiałem się zdecydować na otwarcie śródpiersia dla zabezpieczenia odpływu. Ale powrót pozorny do zdrowia, złudzenie, że się chorobę opanowało, wreszcie nieostrożność, popełniona przez samą chorą, wszystko to razem wzięte tłómaczy nas do pewnego stopnia.

Kilka słów jeszcze na zakończenie. Wobec ropienia, szerzącego się w śródpiersiu tylnem, uważam za obowiązek na przyszłość zapewnić odpływ dolny ropie, stósując operacyę Nasiłowa a nie opuszczając się tylko do cięcia na szyi. *(Paraoesophagotomia).*

Możliwem jest, że uszkodzimy opłucną i że do groźnego i tak już niebezpieczeństwa przyłączy się jeszcze otok piersiowy ropny. Ale na tym zabiegu polega ostatnia iskra nadziei wyratowania chorego i dla zachęty przytoczę podany przez Langenbecka przypadek:

Ropień śródpiersia tylnego otwarty (*sponte sua*) do jamy opłucnej: Następowy otok piersiowy ropny;

Operacya otoku: Wyzdrowienie.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego" 1895. Nr. 23 i 24.

Kraków, 1895. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.